

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA - ESTADO DO PARANA**Av. Pérola Byington, 1.800 - cep 87.540-000 - Pérola - Pr.  
Fone/Fax (44) 3636 - 8300 --- CNPJ 81.478.133/0001-70**NOTA DE EMPENHO****1ª VIA**

Número do Empenho 001331.2022	Recurso 00494	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.305.0010.2.034.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO Conta 00474  
 Desdobramento 3390395099 DEMAIS DESP. COM SERV. MÉDICO - HOSP., Conta 01847  
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

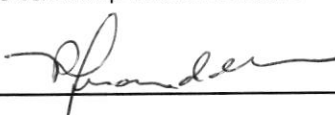


Credor 02924 E R MENDES E MENDES SS ME  
 Endereço AV. PRESIDENTE VARGAS 1182 CENTRO  
 CNPJ/CPF 17.382.002/0001-95 Fone Cidade PÉROLA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 25.02.22	Vencimento 27.03.22
Valor Orçado 30.000,00	Saldo Anterior 28.692,78	Valor do Empenho 1.080,00	Saldo Atual 27.612,78		

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	30	Realização de exames laboratoriais em pacientes com sintomas de Dengue (30 Exames), para darem sequência ao tratamento, mês 02/2022. Conforme solicitação.	36,0000	1.080,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	1354-4	00013087-7	VALOR LIQUIDO	1.080,00
--------------	---	--------	------------	---------------	----------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os Açam-se Conforme, Aceito e Recebidos assinatura:  nome: Data: ___/___/___ cargo:	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data: ___/___/___  Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço  CONTADOR(A) Juliana Lombardi de Oliveira Contadora
---	---	---

**RECIBO**

CRC PR 06490710-6

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( um mil e oitenta reais \*\*\*\*\* ) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data: ___/___/___	Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
Credor	Data: ___/___/___

SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde  
DIVISÃO: UAP's

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Serviços exencial para o tratamentos dos pacientes do município, serviços de baixo valor amparado pelo art.24, inciso II da lei 6866/93.



Assinatura do Requerente (CARIMBO)